

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o (a) Sr. (a) MARNILSON DOS REIS NAMAN, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão DESEMPREGADO, devidamente inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 638090602-91 e no RG/CI nº _____, residente e domiciliado no Município de Feijó- AC, no endereço AV. GRANINOMAS MARTINS Nº 272, CEP 69.960-000, telefone 999130150, nomeia e constitui seus procuradores, **MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA FIDELIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/AC 5.237 e **ODAIR DELFINO DE SOUZA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na e OAB/AC 3.453, ambos com escritório profissional na Rua Presidente Kennedy, nº 146, Bairro Centro, Feijó-AC, CEP 69.960-000, aos quais outorga poderes contidos na cláusula "ad judicium" e extra judiciais, para que proceda todos os atos necessários à defesa dos seus direitos e interesses, em qualquer foro ou instância, onde se fizer necessário, podendo ainda transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação a valores provenientes da presente ação, desistir de ação e substabelecer, com ou sem reservas de poderes.

REIS - AC, 09 de ABRIL de 20 19.

→ MARNILSON DOS REIS NAMAN

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, MARNILSON DOS REIS NAMAN, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão DESEMPREGADO, devidamente inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 638090602-91 e no RG/CI nº _____, com endereço no Município de Feijó AC, av/ AV. GRANINOMAS MARTINS Nº 272, com fulcro na Lei 1.0 de 05 de fevereiro de 1.950 e suas modificações subsequentes, entre estas a da Lei 7.510 de 04 de julho de 1.986, declara pelo presente documento, ser pobre no sentido legal, e que não tem condições financeiras para pagar custas processuais, sem prejuízo ao próprio sustento ou de seus familiares, pleiteando assim assistência judiciária.

Feijó - AC, 09 de ABRIL de 20 19

→ MARNILSON DOS REIS NAMAN



Governo do Estado do Acre
Secretária de Estado da Saúde e Saneamento

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE (FUNDHACRE)

CNPJ: 63.602.940/0001-70 - INSC. EST.: 01.002.406/001-90

Fones (0xx68): 3226-4336 / 3226-1905

Br 364 Km 02 - Distrito Industrial - Cep.: 69.914-220 - Rio Branco - Acre

Paciente: *Marianilson dos Reis Roman*

Endereço: *Rua Francisco de Paula*

Prescrição: *Omniglycine 25mg - 60cp*
10 dias 01 g. a noite

Rio Branco 15/12/16

Local e Data

Dr. Francisco F. da Rocha
Infectologista
CRM AC 878

Assinatura e Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG Nº: Órgão Exp:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone: *

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura e Carimbo do
Farmacêutico

Date



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado da Saúde e Saneamento

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE (FUNDHACRE)

CNPJ: 63.602.940/0001-70 - INSC. EST.: 01.002.406/001-90

Fones (0xx68): 3226-4336 / 3226-1905

Br 364 Km 02 - Distrito Industrial - Cep.: 69.914-220 - Rio Branco - Acre

Paciente: Maurício dos Reis Roman

Endereço: R. Epitácio Martins

Prescrição: Amikacina 25mg 60ip
tomar 01 q. à noite

Rio Branco 15/12/16

Local e Data

Dr. Francisco F. da Rocha
Infectologista
CRM AC 878

Assinatura e Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

RG Nº: Orgão Exp:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura e Carimbo do
Farmacêutico

Data



Novo Acre
Novo Acre, novo compromisso

Governo do Estado do Acre
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: H6F

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: Clinico

Para: Ortopedia

Nome do paciente: Marrilson dos Reis Wana

Hipótese diagnóstica: Fratura de patela E

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Paciente masculino de 41 anos de idade, com antecedente de fratura de patela, vem a unidade relatando queda de bicicleta, com escoriações no braço e fêmur E, com injeção focal

avaliado e encaminhado com ortopedico

Dr

10/3/2019

Dra. Deussane S. Mazoni
 Médica
 Ortopedia

ASSINATURA

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO SETORIAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICO HOSPITALAR
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: <u>Marnilson dos Reis Hanan</u>			
DATA DE NASCIMENTO: <u>28/03/1978</u>		IDADE (ANOS): <u>40</u>	SEXO: <u>M</u> ☐ <u>F</u> ☐
MUNICÍPIO NASCIMENTO:		UF:	PESO: ALTURA:
ENDEREÇO: <u>R. Epaminondas Martins 288</u>		BAIRRO: <u>Centro</u>	
MUNICÍPIO: <u>Feijó</u>	UF: <u>AC</u>	CEP: <u>69960-000</u>	TELEFONE:
RG:	DATA EXPEDIÇÃO:	ORGÃO EMISSOR:	
CERTIDÃO DE NASCIMENTO	Nº DA FOLHA:	LIVRO:	DATA EMISSÃO: <u>1/1</u>
MÃE DO PACIENTE:			

DADOS DO ACOMPANHANTE

NOME:	GRAU DE PARENTESCO:
RG:	IDADE (ANOS):
TELEFONE:	
ENDEREÇO:	

DADOS REFERENTES AO LAUDO / PARA PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

CPF DO MÉDICO SOLICITANTE:	<u>694.780.152-49</u>		
PROCEDIMENTO SOLICITADO:	<u>T.F.D</u>		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO VER TABELA DO SUS OU CNRAC:			
DIAGNÓSTICO INICIAL (CID 10):	<u>Fratura de patela E</u> CID: _____		
CARÁTER INTERNAÇÃO:			
CLÍNICA:	CIRURGIA GERAL	CARDIOLOGIA	OBSTETRÍCIA
	CLÍNICA MÉDICA	PEDIATRIA	PSIQUIATRIA
	OUTROS		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	<u>Dores, insonia e inspetoria funcional</u>		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	<u>Rx do joelho: fratura de patela E</u>		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO/ENCAMINHAMENTO	<u>Falta de especialidade no município</u>		



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DE FEIJÓ - FEIJÓ - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012484/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/04/2019 14:18 Data/Hora Fim: 08/04/2019 14:46
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: José Obetânio Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Geral de Polícia Civil de Feijó
Data/Hora do Fato: 26/03/2019 19:30

Local do Fato

Município: Feijó (AC)
Logradouro: rua Dilermano Barroso Braga

Bairro: esperança

CEP: 69.960-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARNILSON DOS REIS HANAN (VÍTIMA, COMUNICANTE)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

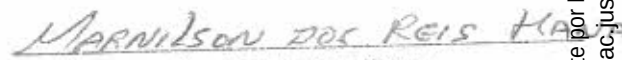
Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O Noticiante compareceu nesta Delegacia para informar que sofreu um acidente de trânsito, relata que no dia e hora acima citados estava trafegando na rua Dilermando Barroso Braga, bairro esperança na sua bicicleta quando veio a colidir com um cachorro que estava na via; QUE durante a colisão sofreu varias lesões; QUE trincou o osso da perna esquerda e lesionou seu braço esquerdo; QUE no momento do acidente o noticiante ficou desacordado e só tomou a consciência quando já estava no hospital geral de Feijó; QUE o noticiante foi encaminhado logo em seguida para o hospital de Cruzeiro do sul por causa da gravidade das lesões que sofreu; QUE por causa do acidente o noticiante vai ter que fazer um cirurgia no dia 17/04/2019, na sua perna esquerda no hospital de cruzeiro do sul. então veio a esta delegacia registra esse boletim de ocorrência para pode requerer o Seguro DPVAT. E Nada mais disse.

ASSINATURAS


Leandro Gomes do Nascimento
Responsável pelo Atendimento


Marnilson dos Reis Hanan
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e conto que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que daí originar, conforme previsto nos Artigos 336-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

REATORIO DE RISCO
CIRURGICO (COERENTE
COM OS ITENS ACIMA
DESCRITOS) SEGUNDO A
CLASSIFICACAO
SOCIEDADE AMERICANA
DE ANESTESIOLOGIA
(AS 1.2.3.4 OU 5)

TROCARDIOGRAMA:

FEATININA:

COAGULOGRAMA
COMPLETO:

INFORMACOES DOS EXAMES COMPLEMENTARES MINIMOS, INDEPENDENTES DE OUTROS EXAMES REALIZADOS

ISTORIA PREGRESSA
ATUAL
SIGNIFICATIVA
SPECIALMENTE QUAN-
DO AO USO E
ELEGRIA A
MEDICAMENTOS BEM
COM ALERGIA A
CONTRASTES
TESTES E ANTI-
PTICOS:

ESTADO
NUTRICIONAL

CONDIÇÕES /
HEMODINAMICAS
INCLUINDO
NECESSARIAMENTE
A MENSURACAO DA
DA):

FUNCOES RENAL E
HEPATICAS

PADRAO
RESPIRATORIO:

ESTADO
NEUROLÓGICO
SUMARIO:

CARACTERIZACAO
DE EVENTUAL URGEN-
CIA NA REALIZACAO
DO PROCEDIMENTO

INFORMACAO
SOBRE DADOS DE
EXAME
FISICO
REALIZADO NOS
ULTIMOS 08 DIAS
COM TRANSCRICAO
DAS INFORMACOES
(PODEM SER NA
FORMA
ESTRUTURADA OU
NAO):

RADIOGRAFIA DE
TORAX (PARA
MAIORES DE 60
ANOS)

GLICEMIA DE JEJUM:

COAGULOGRAMA
COMPLETO:

100x80 mmHg

Suprimento

Normal

Normal



Av. 25 de Agosto, 5121 - Aeroporto Velho
Cruzeiro do Sul - AC. 69.980-000
Fone: (68) 3322 5516 / Fax: 3322 4031

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: _____ Idade: _____

MARNILSON DOS REIS HANAN

~~ATAJAN SO~~

Tr cf w E/E/11

24/3/19

Ca. de Atendimento à Traumatologia
CRM/AC 654

Cruzeiro do Sul - AC, ____/____/20__

Médico (a)

HOSPITAL REGIONAL DO JURUÁ - H R J

_ FICHA DE MARCAÇÃO DE CONSULTA *_*

Paciente No. 151974
MARNILSON DOS REIS HANAN

Exame No. 747340

Data: 17-Abr-2019

Hora: 07:00

Dr(a) LUIS FERNANDO VAN ROSSUM DA SILVA
Procedimento: 0301010072

CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

ELIZALDA 28-03-2019 08:17:02

O não comparecimento na hora marcada da
consulta implicará na perda da mesma. f

() RETORNO

Carimbo/Assinatura

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
MARNILSON DOS REIS NAHAN

Nº de inscrição
638090602-91

Data de Nascimento
28/03/78





COMPANHIA DE ELETRIFICAÇÃO DO ACRE S.A.
Rua Valéria Magalhães 226 - Rosário - Rio Branco - AC
CEP: 69.000-000
Toda Fatura / Contrato de Energia Elétrica - Sem ônus

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal **003972722**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002

SEU CÓDIGO
0124261-0

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (KVA)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2019	20/03/2019	159	145,92

EDILSON ALVES HANAN
R. EPAMINONDAS MARTINS 288 CENTRO
CPF: 00001546120220
CEP: 69.960-000 - FEIJO

ROT: 3.070.06.02.000170

DADOS DA LEITURA		DADOS DA FATURA	
Atual:	2622	Atual:	14/03/2019
Anterior:	2463	Anterior:	12/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	13/04/2019
Consumo Médio:	159	Emissão:	12/03/2019
Consumo Faturado:	159	Apresentação:	14/03/2019
Fonte de Faturamento: NORMAL		Código de Irregularidade: 30	

Classificação	Ligação	Medidor	Porta	Código Fato	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MON17101837		1.1.1.1	147

HISTÓRICO DE CONSUMO		RESUMO DA FATURA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	159 A R\$ 0,852880 = 135,60
FEV/19	177	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,82
JAN/19	186	MULTA POR ATRASO 02/19-00	2,96
DEZ/18	143	JUROS DE MORA DE IMPO 02/19-00	0,54
NOV/18	178		
OUT/18	131		
SET/18	156		
AGO/18	159		
JUL/18	136		
JUN/18	131		
MAI/18	99		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 159 - 0,612830			

PAGAR

CONTAMIGCS

0124261-0

Parabéns! Até o dia 12/03/2019, não constataremos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO FISCO 6083.A90F.1374.D59C.2B93.2959.0F53.400D

COMPOSIÇÃO DA CONTABILIDADE		IMPACTOS TRIBUTOS	
Distribuição:	36,89	Base de Cálculo:	135,60
Energia:	43,83	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	1,15	Valor do ICMS:	33,90
Emissão:	15,59	Valor do PIS:	0,75
Tributação:	38,14	Valor do COFINS:	3,49

INDICADORES DE CUSTO MENSAL								
	DPC		EPC		DPC		DPC	
	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
Consumo	13,70	27,41	54,82	8,46	16,92	33,84	6,90	
Reservado	3,07			2,00			2,58	
Consumo - FEIJO				Data de emissão: 01/2019			68,75	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MATHEUS AUGUSTO DE OLIVEIRA FIDELIS e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 26/07/2019 às 10:42, sob o número 07010440920198010013. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0701044-09.2019.8.01.0013 e código 22AB5EB.